

Année 1903

THÈSE

N°

61

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 26 Novembre 1903. à 1 heure.

Par M. Lucien BÉASSE

née à Gennes (Ille-et-Vilaine), le 20 avril 1876.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MALFORMATIONS GÉNITALES CHEZ LA FEMME et particulièrement DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN DOUBLES

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : { M. POZZI, professeur.
MM. MAYGRIER, AUVRAY, agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE
15 — Rue Racine — 15

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. DEBOVE.
Professeurs.	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.	CHANTEMESSE.
	{ HAYEM.
Clinique médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	{ TERRIER.
Clinique chirurgicale	{ DULAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAU.
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Cliniques d'accouchements	{ BUDIN.
	{ PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des
ACHARD.	FAURE.	LEGUEU.	travaux anatôm.).
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEPAGE.	TEISSIER.
BESANÇON.	TOURETTE.	MARION.	THIERY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MERY.	THOINOT.
BROCA André.	GUIART.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	REMY.	WALLICH.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALTHER.
DEMLIN.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DESCREZ.	LAUNOIS.		WURTZ.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN,

Accoucheur à la Clinique Tarnier,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Pendant notre stage à la Maternité de Lariboisière, dans le service de M. le docteur Bonnaire, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de grossesse chez une femme présentant un utérus et un vagin doubles. A cette époque nous ne songions point à faire de l'étude de cette malformation, le sujet de notre thèse inaugurale, et nous avons le vif regret de ne pas en avoir conservé l'observation.

La lecture d'une très intéressante observation d'un cas analogue, publiée par MM. Demelin et Perret, ayant attiré notre attention, nous allâmes consulter notre ancien maître M. Bonnaire, qui voulut bien nous donner quelques indications, et dont l'aide bienveillante nous décida à faire, de ces malformations génitales, le sujet de notre thèse inaugurale.

Ce sujet, cependant, a été déjà souvent traité, en France et à l'étranger. A cette même faculté, plusieurs thèses ont été soutenues, traitant des mêmes malformations. Nous

aurons donc seulement en vue, dans ce travail, l'étude des cas publiés récemment, et nous nous efforcerons d'en tirer quelques éléments de diagnostic et quelques indications sur la conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Les cas que nous avons pu rassembler et qu'on trouvera réunis à la fin de ce travail ne sont pas très nombreux. Notre maître, M. Bonnaire, nous a, en effet, appris que, souvent, des années se sont écoulées sans qu'aucun cas semblable se soit présenté dans son service.

Et, maintenant, avant de nous mettre à l'œuvre nous sommes heureux de pouvoir remercier ici, les maîtres auxquels nous sommes redevable des connaissances que nous possédons. Le témoignage de notre gratitude s'adresse d'abord à MM. les professeurs de l'École d'Angers,

MM. Legludic, Jagot, Monprofit, Cocard, Ch. Martin, qui nous ont enseigné les premiers éléments de la médecine.

Que M. le professeur agrégé Bonnaire, veuille bien accepter l'hommage tout particulier de notre reconnaissance. Nous avons pu apprécier, au cours de notre stage, sa science profonde, la clarté de son enseignement et son dévouement à tous.

M. le professeur Budin a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous faisant ainsi un honneur dont nous ne saurions trop le remercier.

Nous diviserons ainsi notre travail : après quelques considérations anatomiques nous étudierons l'utérus et le

vagin doubles en dehors de la grossesse, puis pendant la grossesse et l'accouchement ; enfin, nous dirons quelles modalités particulières, cette malformation donne aux suites de couches. Dans chacun de ces chapitres, nous envisagerons successivement les symptômes qui permettront le diagnostic de la malformation et les indications thérapeutiques qu'elle entraîne. Nous tirerons enfin les quelques conclusions qui nous sembleront résulter de cette étude.

VARIÉTÉS ANATOMIQUES DES UTÉRUS DOUBLES

Comme pour les autres vices de conformation de l'utérus, c'est l'étude de l'embryologie qui nous expliquera la formation des utérus et des vagins doubles. Rappeler à grands traits les différentes phases du développement de l'utérus, sera donc pour nous la meilleure manière de préciser quelques définitions et de montrer quel lien unit entre elles les diverses variétés d'utérus double.

On sait que l'utérus est formé aux dépens de la partie moyenne des canaux de Müller, organes pairs et symétriques. Cette portion est nettement séparée en haut de celle qui constituera la trompe par le point de croisement avec le gubernaculum de Hunter. En bas, elle se continue sans transition avec le segment inférieur, futur vagin.

Les deux canaux de Müller vont d'abord se rapprocher, s'unir sur la ligne médiane ou à son voisinage. Enfin la cloison qui les sépare se résorbera. Tel est le développement normal.

Mais ils peuvent dans un premier cas, rester séparés l'un de l'autre complètement; un sillon très net existe entre eux, sillon dans lequel peuvent s'interposer des anses grêles ou

même la vessie et le rectum. Cela constitue une anomalie très précoce ; l'arrêt de développement s'est accompli avant la dixième semaine puisque dès cette époque les deux canaux de Müller unis à ceux de Wolff sont normalement réunis sur la ligne médiane en un tractus unique, cordon génital ou cordon de Thiersch. Deux utérus complètement indépendants constituent l'*utérus didelphe*. Il coïncide avec un vagin double, habituellement au moins.

D'autres fois, l'évolution a été plus complète. Les deux canaux de Müller se sont juxtaposés, mais la cloison primitive a persisté dans toute son étendue. De plus l'accolement n'a pas été complet et un sillon net persiste en haut entre le fond des deux organes. Cet utérus présentant deux corps et deux cols, bien distincts, mais inséparables, est l'*utérus bicorné double*. Le vagin, dans ce cas, est tantôt double, tantôt unique. Persistance d'un vestige du canal allautoïdien sous forme d'une bride recto-vésicale ; brièveté anormale des ligaments ronds, brides exerçant une action analogue dans les culs-de-sac latéraux, telles sont les causes qu'on a invoquées tour à tour pour expliquer cette anomalie.

Un pas de plus vers la fusion et la cloison s'est résorbée en partie ; l'utérus encore divisé au niveau de son fond par un sillon bien marqué présente deux corps séparés par une cloison, mais la cavité cervicale est unique. C'est l'*utérus bicorné unicervical*.

La coalescence, enfin, peut être parfaite tant à l'intérieur qu'à l'extérieur ; seul le fond présente deux cornes : c'est

l'utérus bicorne proprement dit. A dire vrai, ce n'est pas un utérus double et nous ne le citons ici que pour montrer les intermédiaires entre les cas anormaux et l'état normal. Nous verrons d'ailleurs que, sur plus d'un point, l'histoire clinique de ces utérus ressemble à celle des utérus doubles.

Supposons maintenant que l'accrolement a été parfait sur toute son étendue ; que, seule, la résorption de la cloison ne s'est pas faite. Nous serons en présence d'un utérus dont la forme extérieure sera sensiblement normale. Le déroulement ne porte que sur sa cavité. C'est l'*utérus biloculaire*. Il peut être total, la cloison peut n'avoir persisté qu'au niveau du col ou qu'au niveau du corps. Mais il n'est vraiment double qu'en cas de persistance complète de la cloison.

Ces différentes malformations qui sont, en somme, des arrêts au cours du développement ontogénique, nous les retrouvons comme normales, si nous examinons l'utérus de différents animaux. L'utérus didelphe, c'est l'utérus des marsupiaux, entre les deux matrices desquels s'interposent les uretères. L'utérus bicorne unicervical est normal chez la chienne. Enfin, chez la souris, l'utérus en apparence unique est divisé dans sa partie supérieure par une cloison médiane.

Utérus didelphe, utérus duplex, utérus biloculaire, voilà, en somme, les trois grandes classes d'utérus double. C'est sur elles que portera ce travail.

Elles ont été figurées dans l'Atlas de Cruveilhier, dont les planches les plus intéressantes sur ce sujet sont reproduites dans le Traité des Accouchements de MM. Budin et Tarnier. On y constate les détails anatomiques suivants :

Dans l'utérus didelphe, à chacune des cornes, s'ajoutent une trompe, un ovaire et un ligament rond. Ces organes sont contenus dans un méso rattachant la corne correspondante à la paroi pelvienne et représentant le ligament large. Parfois, un deuxième repli péritonéal part du bord interne de chaque utérus et se jette soit sur le rectum (Feré), soit sur la vessie, disposition qui, nous le verrons, a été invoquée pour expliquer la dystocie fréquente en pareil cas.

La disposition de l'utérus duplex s'explique d'elle-même. Signalons seulement les cas où la matrice gauche a subi un mouvement de rotation qui l'a reportée en avant de la droite. Cette torsion, en effet, si elle est un peu accentuée peut singulièrement gêner le diagnostic. On croit à un utérus simple et situé normalement.

Quant à l'utérus biloculaire, Pruvost, dans sa thèse, lui réserve sans trop en donner la raison, le nom d'utérus double. C'est une dénomination que nous signalons seulement, et qui ne paraît pas avoir été adoptée par beaucoup d'auteurs.

La présence d'un vagin double résulte d'arrêts de développement souvent connexes à ceux de l'utérus ; elle est due à la persistance de la cloison qui sépare le segment inférieur des canaux de Müller. Le plus souvent, les deux

conduits sont inégaux : ils peuvent être juxtaposés dans le plan frontal, il en existe un droit et un gauche. Mais souvent, l'un d'entre eux, généralement le gauche, vient se mettre en avant de l'autre. Quelquefois, l'un de ces canaux, tout en communiquant avec l'utérus, se termine en cul-de-sac à son extrémité inférieure, d'où la formation au moment des règles, d'un hémato-colpos unilatéral. Envisagés isolément, et indépendamment de toute malformation utérine les vagins doubles sont assez fréquents ; ils ne s'opposent ni à la copulation, ni à la parturition et passent souvent inaperçus. Généralement, l'un d'eux est atrophié et le vagin est dit unilatéral.

La cloison peut, comme à l'utérus, être incomplète. Elle occupe une étendue et une situation variable, tantôt elle est située tout près de la vulve, tantôt elle est au niveau du col utérin. Dans ce dernier cas surtout, elle est rarement diagnostiquée en dehors de toute affection génitale nécessitant un examen gynécologique, et souvent ce sera seulement une déchirure au moment de l'accouchement qui viendra par une hémorragie plus ou moins abondante révéler l'existence de la malformation.

Nous n'avons envisagé que les cas résultant d'un arrêt de développement, s'expliquant par une fusion incomplète des canaux de Müller, il y a pourtant des cas qui échappent à cette pathogénie. Tel est celui décrit par Höllander, sous le nom d'« utérus accessorius. » Dans ce cas, au lieu d'être droit et gauche, les deux utérus étaient l'un antérieur, l'autre postérieur. Cela ne résultait pas d'une torsion secon-

daire. En effet, à l'utérus postérieur étaient annexées les deux trompes droite et gauche. L'antérieur n'en possédait pas. Pour Höllander, il s'agirait d'un diverticule formé au dépens de la paroi antérieure des deux canaux de Müller. Cet utérus antérieur était d'ailleurs devenu gravide.

L'UTÉRUS ET LE VAGIN DOUBLES EN DEHORS DE LA GROSSESSE

Nous n'étudierons pas en détails, la façon dont se comporte l'utérus double en dehors de la grossesse et de l'accouchement. Aussi bien, y aurait-il relativement peu de choses à en dire.

On a, cependant, observé des règles survenant deux fois par mois, ou des règles abondantes alternant régulièrement avec des règles beaucoup moins copieuses. En réalité, et dans les observations que nous avons relatées dans cette thèse, rien de pareil ne s'est produit.

Chez une des femmes qui en font l'objet, les règles se montrent à 14 ans, d'abord irrégulières; elles deviennent dès l'âge de 15 ans régulières, toujours abondantes, non douloureuses. (Obs. I).

Une autre n'a vu apparaître les règles qu'à 17 ans, mais elles ont toujours été normales. (Obs. II).

Réglée depuis l'âge de 13 ans, une troisième a vu ses règles revenir très régulièrement tous les 26 ou 27 jours, abondantes, rouges, et durer quatre jours. (Obs. III).

Une autre enfin, réglée pour la première fois à 11 ans et

demie, n'a jamais observé aucun trouble de ce côté. (Obs. VI).

Gautrelet, dans sa thèse, signale cependant un certain nombre de cas, dans lesquels les règles se sont montrées tardives, irrégulières et d'une abondance insolite.

Même dans les cas où ces troubles existent, ils mettront bien rarement sur la voie du diagnostic, si nombreuses et si fréquentes sont les autres causes de troubles menstruels.

Dans les cas où le diagnostic fut fait en dehors de la puerpéralité, ce fut presque toujours grâce aux hasards d'une exploration faite pour un tout autre but.

Si, cependant, il y a coexistence de vagin double, cette dernière malformation attirant l'attention de la malade, peut la déterminer à une consultation au cours de laquelle sera reconnue la présence d'un utérus double.

A dire vrai, la présence d'un vagin double peut fréquemment elle-même passer inaperçue et toutes les femmes ne sont pas si bien renseignées que celle dont parle le professeur Richet : ayant de la fidélité une opinion vraiment particulière, elle réservait à son amant préféré un de ses vagins, l'autre étant destiné à ses rencontres d'un soir.

Souvent, au contraire, la malformation reste ignorée jusqu'à l'accouchement. Il en était ainsi pour une malade de M. Boissard et dont l'un des vagins présentait encore intacte, sa membrane hymen (Obs. VII).

Les choses, évidemment, ne se passent pas ainsi quand la cloison est placée de telle façon et les vagins si peu spacieux que le coït en est rendu très douloureux ou même impossible.

Outre ces cas de coexistence avec un vagin double, ce peuvent être des troubles graves qui amènent la malade à consulter un médecin en dehors de toute grossesse.

Il en était ainsi dans un cas de Schröder relaté par Manolescu. Une femme de 16 ans avait eu trois règles seulement à 14 ans et demi; depuis, elle éprouvait chaque mois des douleurs de plus en plus violentes au bas-ventre. L'examen montra un utérus didelphe, avec vagin double et imperforation du vagin, d'un côté. De ce côté, le sang s'était accumulé en grande abondance. L'autre utérus était au contraire, atteint d'aménorrhée.

Quand l'attention est attirée sur la malformation utérine et que coexiste un vagin double et malgré l'indépendance apparente des deux utérus, l'écoulement sanguin se fait en général simultanément des deux côtés. Il est exceptionnel de le voir se faire par un seul col, comme l'a signalé Andrieux. Nous trouvons déjà là, un premier exemple de la synergie des deux organes. L'étude de la grossesse et de l'accouchement, va nous en fournir de nouveaux et bien plus frappants.

L'UTÉRUS ET LE VAGIN DOUBLES PENDANT LA GROSSESSE

La *fécondation* se fait souvent normalement malgré la présence d'un utérus et d'un vagin doubles. Lorsque les deux vagins sont perméables, il peut y avoir fécondation successive par chacun d'eux ; il en résultera une grossesse double, dans laquelle les deux fœtus ne seront pas forcément du même âge. Le même fait peut résulter d'un autre mécanisme : le coït s'accomplit toujours par le même vagin mais la cloison qui le sépare de l'autre est incomplète, elle présente un orifice par lequel les spermatozoïtes peuvent arriver au col de l'utérus du côté opposé.

Stotschawa a donné une observation montrant bien que la fécondation peut se faire ainsi successivement des deux côtés à plusieurs mois d'intervalle : une femme ayant deux utérus et deux vagins, expulsa un embryon de un mois à peu près, et trois jours plus tard un autre embryon qui avait trois mois.

On a vu des cas où la grossesse survenait dans un utérus ne communiquant pas avec l'extérieur soit que le vagin fût fermé de ce côté, soit que la cavité utérine elle-même

fût mal formée et reliée à l'utérus du côté opposé par un pédicule dans l'intérieur duquel n'existait aucune cavité. Il faut dans ces cas admettre une migration intra-péritonéale des spermatozoïtes, ou de l'ovule, une fois fécondé.

Il est un point sur lequel la malformation utérine qui nous occupe paraît agir très peu : c'est la *possibilité des fécondations successives*. Nombre d'observations recueillies dans la science ont trait à des femmes qui ont eu plusieurs grossesses. M. Tarnier publia en 1894, le cas d'une femme présentant un utérus double, et ayant eu six grossesses successives. L'année suivante, il eut l'occasion d'observer, avec la même malformation, une fausse couche de 3 mois 1/2 chez une III^e pare. Jouin (Soc. obstétricale de Paris, 1890), a rapporté le cas d'une femme de 38 ans, qui en était à sa quatrième grossesse. La malade d'Ed. Pruvost (thèse de Paris 1895), a eu depuis la fin de l'année 1889 jusqu'en octobre 1894 cinq enfants qui ont vécu — presque tous, il est vrai, sont morts en bas âge. De nombreuses grossesses ne sont, on le voit nullement incompatibles avec l'existence d'un utérus double.

Malgré la présence de deux utérus, la fréquence des *grossesses gémellaires* n'est pas remarquable. Nous en avons relevé dans les dix dernières années seulement trois cas publiés. L'un est de M. Tarnier, (1894). L'autre a été présenté à la Société d'obstétrique de Paris par M. Maire (de Vichy) en 1902. Deux grossesses, d'ailleurs, se sont terminées par avortement. La malade de M. Tarnier avorta à 4 mois 1/2. Quant à celle de M. Maire, soignée

également par M. Demelin, elle avorta à 5 mois d'un œuf contenu dans un utérus pris à un premier examen pour un utérus fibromateux. Elle mena, par contre, à terme, sa deuxième grossesse, et accoucha d'un enfant vivant. Le dernier est de Treub et est rapporté dans cette thèse (Obs. XII).

Quoi qu'il en soit, les grossesses gémellaires sont l'exception. Quant aux grossesses simples, elles se font tantôt constamment dans le même utérus, tantôt *alternativement dans l'un et dans l'autre*. Nous signalerons, à cet égard, une observation de Goutermann, publiée par Müller (*Arch. für Gynéc.* 1873) : la femme présentait un utérus bicorné et devenait enceinte tantôt dans la corne gauche, tantôt dans la droite. Toutes les grossesses dans la corne droite, au nombre de neuf, ont été suivies d'avortement, sauf une où l'enfant naquit à 7 mois. Trois grossesses, au contraire, qui se sont produites dans la corne gauche, ont toutes évolué jusqu'à terme. Une observation d'Ed. Pruvost, qu'on trouvera résumée dans cette thèse, a trait à une femme présentant un utérus biloculaire. Elle eut cinq grossesses successives, qui alternèrent régulièrement, l'une se faisant dans l'utérus droit, la suivante dans le gauche, et ainsi de suite.

Il nous faut maintenant suivre le cours d'une grossesse se faisant dans un utérus double, voir s'il est normal, ou, dans le cas contraire, quelles complications sont venues le traverser.

Dans bon nombre de cas, la grossesse s'est faite normalement, à ce point que la femme n'est pas venue consulter et que la malformation est passée inaperçue. C'est après avoir

réuni plusieurs faits de ce genre que Pruvost dans sa thèse concluait à une grossesse habituellement simple. Nous-même dans nos observations, constatons le même fait. C'est une malade de MM. Demelin et Perret dont une première grossesse a été normale, sauf des vomissements assez tenaces au début (Obs. I); une femme observée par M. Bar, qui entre en travail à terme, après une grossesse normale (Obs. II); une autre de M. Schwaab avec grossesse toujours normale, sans aucun écoulement sanguin durant cette période. A ces observations que nous pourrions multiplier, il faut ajouter que, sans doute, un certain nombre de cas sont passés inaperçus, précisément parce que la grossesse s'est faite normalement. Gardons-nous pourtant d'exagérer cette opinion. L'examen des observations publiées montre, en effet, que souvent la grossesse a été troublée, et que parmi les femmes ayant eu des grossesses normales, il en est peu qui, si elles ont eu des fécondations successives, n'ont eu aucun accident. Nous n'en voulons pour preuves que l'observation de Goutermann déjà citée et celle de Pruvost (Obs. IX).

Quels sont donc les accidents à redouter?

Quels sont, parmi eux, les éléments de diagnostic de la malformation?

Quelle est enfin la conduite à tenir en pareils cas?

Voilà les points qui nous restent à examiner.

Un premier trouble qui serait plutôt un signe de l'utérus double qu'un accident de la grossesse, est la *persistance des règles*. Le fait a été relaté plusieurs fois. Henderson signale le cas d'une femme qui fut réglée pendant toute la durée

d'une grossesse et perdit ensuite du sang, irrégulièrement au cours d'autres grossesses ultérieures.

Dans nos cas, rien de semblable n'est signalé : les règles se sont toujours arrêtées au début de la grossesse et n'ont plus reparu.

Gautrelet, dans sa thèse, a signalé un *œdème des membres inférieurs* et des *vomissements sans albuminurie*, comme un signe assez spécial aux utérus doubles. Nous avons vainement recherché ces symptômes dans des observations ultérieures. La seule observation où nous avons trouvé des vomissements est de Demelin et Perret, ces troubles avaient duré près de cinq semaines (Obs. I). Quant aux œdèmes, une malade observée par M. Reynès (de Montpellier) en présenta au septième mois de sa grossesse. A ce moment la sage-femme aurait fait examiner les urines et on n'y aurait pas constaté d'albumine. Mais, au moment du travail, la femme fut prise d'accidents éclamptiques et l'analyse décela la présence de 3 grammes d'albumine par litre d'urine (Obs. III.)

Un trouble plus grave et certainement plus fréquent consiste en l'apparition *hémorragies répétées* au cours de la grossesse. Ces hémorragies tiennent habituellement à l'insertion vicieuse du placenta. Cette insertion, en effet, se fait habituellement sur le segment inférieur, ou sur la cloison et celle-ci présente souvent une couche musculaire insuffisante. Quelquefois pourtant ces hémorragies sont peu inquiétantes et bien qu'elles surviennent irrégulièrement, il faut peut-être y voir une persistance des règles qui subsis-

tent malgré la grossesse mais perdent de leur régularité. Ed. Pruvost a ainsi rapporté le cas d'une femme ayant au cours de sa grossesse, présenté des pertes sanguines assez irrégulières, sans qu'aucune fût inquiétante. Elle accoucha presque à terme d'un enfant vivant. Mais habituellement, ces hémorragies ne sont que le prélude d'un *avortement* ou d'un *accouchement prématuré*. Nous avons dit précédemment que la grossesse évoluait habituellement d'une façon normale, et nombre d'observations en font foi. Mais les cas abondent également où la grossesse a été interrompue. Une femme observée par Goutermann, sur 12 grossesses, a fait huit avortements; 3 grossesses seulement furent normales, dans la dernière, l'enfant naquit à 7 mois.

Une malade de Tarnier eut trois grossesses qui se terminèrent à 7 mois 1/2. Les deux premières fois, elle accoucha d'un enfant mort; le troisième seul était vivant. Une quatrième grossesse fut menée à terme. Enceinte pour la cinquième fois, cette femme avorta à 4 mois 1/2 d'une grossesse gémellaire. Une sixième grossesse se termina à 6 mois 1/2.

Un cas particulièrement typique est celui d'une femme observée par Bayard, cité par MM. Budin et Tarnier. Sur quatorze grossesses dans un utérus bicorne, elle fit quatorze avortements consécutifs.

Dans les observations signalées dans ce travail, nous relevons également plusieurs accouchements prématurés : la malade de MM. Demelin et Perret, accoucha au

8^e mois (Obs. I). Une autre malade de M. Bonnaire, primipare, accouche également au 8^e mois (Obs. IX). Dans le cas de M. Maire, il y eut avortement au cinquième mois. Il s'agissait d'une grossesse double; l'autre fœtus, contenu dans la seconde cavité utérine mieux conformée vint à terme (Obs. VIII).

Tels sont les accidents qu'on peut relever au cours de la grossesse.

Voyons maintenant quels éléments de diagnostic, il est possible de trouver.

La persistance des règles est un signe en somme rare; il peut s'observer, d'ailleurs, en dehors de l'utérus double. Pourtant lorsqu'on l'observera, il conviendra de rechercher soigneusement si ce fait ne coïncide pas avec un utérus double.

Le *palper abdominal* peut donner des renseignements précieux. On trouvera souvent un utérus d'une forme particulière. Il est plus allongé que ne l'est habituellement l'utérus gravide. Surtout il est dévié de la ligne médiane. Cette déviation peut souvent être perçue à la simple inspection. C'était le cas de la malade de M. Pruvost (Obs. IX) chez laquelle les grossesses se produisaient successivement dans les deux utérus et qui présentait à chaque fois, du côté correspondant une saillie du ventre et des vergetures plus accusées. M. Reynès (de Montpellier) signale de même un utérus de forme ovoïde, très allongé, presque entièrement logé du côté droit, A la simple inspection, le ventre présentait une voussure portant surtout à droite de la ligne

brune. Les vergetures étaient aussi plus nombreuses de ce côté (Obs. III).

Du côté opposé à l'utérus gravide, on trouve assez fréquemment une tumeur plus petite, correspondant à l'utérus vide, un cas rapporté à la société d'obstétrique de Paris par M. Schwaab, a trait à une femme chez laquelle le palper donnait les renseignements suivants : utérus allongé, dévié fortement à droite. Dans le flanc gauche, tumeur grosse comme une orange reliée à l'utérus gravide par un pédicule de 3 ou 4 centimètres de large, assez mobile, ayant sensiblement la même consistance que l'utérus voisin (Obs. VI).

Ces symptômes sont loin d'être constants et pathognomoniques.

Ils ne sont pas constants. En effet, si la torsion a été telle que l'utérus gravide soit venu se placer précisément en face de l'autre, il fera dans le ventre une saillie exactement médiane. M. Bar signale un fait de ce genre dans un cas que nous rapportons (Obs. II) : utérus exactement médian, pas de tumeur latérale formée par le corps utérin vide.

Pour que cette tumeur existe et soit bien nette, il faut en effet que l'utérus soit didelphe. Dans un utérus biloculaire ou bicorne, on ne trouvera, en effet, surtout dans le premier cas, qu'une légère encoche en palpant soigneusement le pourtour du corps utérin.

La tumeur elle-même, indépendamment des renseignements fournis par le toucher vaginal, en même temps qu'elle renseigne sur la cause de la déviation de l'utérus gravide,

trompe souvent. On la prend très habituellement pour un fibrome plus ou moins pédiculé.

Le palper seul est donc insuffisant à permettre le diagnostic. Il faut le *toucher bimanuel*. En touchant alors alternativement l'un et l'autre vagin on tombera sur deux cols correspondant l'un à l'utérus gravide, l'autre à l'utérus vide. C'est, du moins, ce qui se produira dans les cas les plus simples. On conçoit que l'erreur sera beaucoup plus facile et parfois inévitable si le vagin est simple, et surtout si les deux utérus ont un seul orifice cervical externe.

Même s'il existe deux vagins perméables, et si l'on n'est pas prévenu de la présence de cette anomalie, on pourra être entraîné à de singulières erreurs de diagnostic, si l'on pratique seulement et involontairement le toucher dans le vagin correspondant à l'utérus vide.

Le diagnostic, reposant sur ces éléments, on le voit, assez peu précis, restera souvent ignoré au cours de la grossesse. Dans bien des cas, on supposera seulement la possibilité d'un utérus double. Les renseignements recueillis lors de l'accouchement permettront d'être plus affirmatifs.

Aussi bien, le diagnostic, à ce moment, importe relativement peu. Les troubles fonctionnels, plus accusés qu'à une grossesse normale, engageront à surveiller soigneusement l'évolution, à éviter toute fatigue, tout écart de régime, d'autant plus que le terme approchera, et c'est, en somme, tout ce qu'il convient de faire durant la grossesse. L'utérus et le vagin double ne nécessitent à cette période aucune intervention spéciale. Certains accoucheurs, pourtant, ont

sectionné, avant l'apparition du travail, une cloison vaginale. Mais rien n'empêche, pour ce faire, d'attendre les premières douleurs. Peut-être même est-ce là une intervention qui peut précipiter un accouchement prématuré, si l'on songe que la grossesse a une tendance à ne pas aller à terme en pareil cas.

L'UTÉRUS ET LE VAGIN DOUBLES PENDANT L'ACCOUCHEMENT

L'utérus et le vagin doubles, de même qu'ils ont pu n'apporter aucun obstacle au cours normal d'une grossesse, peuvent aussi ne pas entraver l'accouchement. Cela est si vrai que bien des femmes présentant une telle malformation ont pu accoucher sans que le moindre accident nécessite la présence d'un médecin. Souvent, ce sont des troubles au cours d'un accouchement ultérieur qui, amenant à un examen complet de la femme, font connaître qu'il y a eu des accouchements antérieurs normaux. M. Bouffe de Saint-Blaise a ainsi présenté, en novembre 1900, à la Société de pédiatrie, de gynécologie et d'obstétrique une pièce provenant d'une femme morte d'infection puerpérale. Il s'agissait d'un utérus et d'un vagin doubles. L'un des deux utérus était gravide. L'autre portait au niveau du col, des cicatrices indiquant qu'il y avait eu de ce côté une grossesse et un accouchement antérieur.

En pareil cas, et en l'absence d'aucun accident, le diagnostic de la malformation peut passer inaperçu. On aura pourtant les mêmes éléments qu'au moment de la grossesse,

De plus, dans le cas d'utérus biloculaire, au moment des contractions, on pourra sentir, plus accusée, la *présence d'un sillon sur le globe utérin*. Le cas que Kemarski rapportait, en 1885, à la Société médicale de Saint-Petersbourg, est typique à cet égard : chez une femme de 19 ans, grossesse dans la moitié gauche d'un utérus biloculaire. Pendant les douleurs, on percevait nettement l'existence d'un sillon allant de la partie supérieure droite vers l'inférieure gauche. Ce sillon divisait l'utérus en deux parties, la gauche étant beaucoup plus volumineuse que la droite.

Si l'utérus est didelphe, on peut percevoir au niveau de la petite tumeur coustituant l'utérus vide des *contractions coïncidant avec celle de l'utérus gravide*. Chez une malade du docteur Ed. Pruvost, on sentait à chaque douleur « une petite tumeur ovoïde à grand axe oblique de bas en haut et de gauche à droite venir faire saillie au-dessus du détroit supérieur, se durcir et se tendre comme le reste, » Il s'agissait d'une grossesse gauche dans un utérus didelphe.

Cette observation nous montre ce qui se passe habituellement en pareils cas. Au moment de l'accouchement l'*utérus vide remonte*, laissant complètement libre l'excavation pelvienne. Il résulte de là que le toucher vaginal peut le permettre d'atteindre qu'un col, celui de l'utérus gravide, l'autre étant devenu inaccessible. C'est là un élément précieux du diagnostic de la malformation qui peut disparaître momentanément.

Il ne disparaît pas toujours, et pour l'observateur non prévenu, la constatation d'un col dur, fermé, coïncidant

avec un corps utérin volumineux et tous les signes fonctionnels du travail, peut faire hésiter le diagnostic. Le cas de Kussmaul est classique : deux médecins pratiquant le toucher chacun dans un vagin, l'un affirmait, l'autre niait formellement le travail. Un fait analogue s'est produit dans une observation de M. Reynès que nous rapportons : dans un cas d'utérus et de vagin doubles, la sage-femme annonçait une dilatation complète, l'enfant était en O I G A, elle « jurait avoir senti les cheveux ». M. Reynès touchant dans l'autre vagin, constatait bien la présence de la tête fléchie, mais en demeurait séparé par une cloison très épaisse. Il arrivait avec peine à sentir le col petit, ramolli, fermé.

A dire vrai, ce sont là des erreurs de courte durée et le véritable intérêt de l'accouchement dans la malformation qui nous occupe réside dans les accidents qui peuvent venir et viennent fréquemment la troubler.

Nombreuses sont en effet les *causes de dystocie* en pareil cas ;

Viciations pelviennes, l'utérus double coïncidant parfois avec un bassin aplati.

Présence d'une bride péritonéale reliant le fond de l'utérus aux parois pelviennes ;

Enclavement de l'utérus non gravide, qui, au lieu de remonter, peut venir jusqu'au détroit supérieur, oblitérer une partie du bassin et rétrécir par conséquent l'excavation d'autant.

Accommodation du fœtus au grand axe d'un utérus qui,

au lieu d'être longitudinal est devenu transversal, cela du moins pour les utérus bicornes avec un seul col ;

Insertion vicieuse du placenta qui se fait assez souvent sur le segment inférieur, d'autres fois sur la cloison mal pourvue de fibres musculaires.

Telles sont les causes les plus importantes de dystocie dans l'utérus et le vagin doubles.

Elles sont suffisamment nombreuses pour que, dans les observations qui ont été publiées ces dernières années, presque toutes aient trait à des accouchements compliqués.

La présentation, tout d'abord, est fréquemment anormale. Lorsqu'il s'agit d'un utérus bicorne, les présentations du tronc sont extrêmement fréquentes : une statistique de Schatz, portant sur 23 cas, signale 10 présentations transversales. On ne saurait trop insister sur cette fréquence, d'autant plus que la présence d'une cloison médiane rend presque toujours impossible la version par manœuvres externes, et que la version par manœuvres internes est elle-même rendue souvent difficile : les membranes se rompent, en effet, parfois prématurément. C'est une présentation du tronc qui est rapportée dans notre observation I. Les membranes n'étaient pas encore rompues lorsqu'on tenta d'intervenir ; et la malade chloroformée, l'enfant pût être extrait vivant après version podalique.

La présentation par le siège est également assez fréquente : une malade de Jouin (Soc. Obstétricale de Paris 1890) a 3 grossesses successives : la première aboutit à un avortement, les deux autres se terminèrent en présentation

du siège. Schull a rapporté dans la *Revue Médicale de l'Est* l'histoire d'une malade d'A. Hergott, primipare, tuberculeuse, avec viciation pelvienne et utérus et vagin doubles, qui mit au monde un fœtus de 1550 grammes. L'expulsion fut prématurée, l'enfant se présentait par le siège.

La présentation en O I D P, enfin, se voit assez souvent.

Dans les cas mêmes où elle est en O I G A, elle a, comme l'a signalé Reynès (de Montpellier), une tendance parfois à se défléchir et à devenir frontale (Obs. III).

Quelle que soit la présentation, la rupture prématurée des membranes est un fait signalé dans l'histoire des utérus doubles, soit que cela tienne à l'insuffisance de la cavité utérine ou à l'insertion vicieuse du placenta. La malade de Schwaab (Obs. VI) entre en travail à 11 heures du matin. Les membranes étaient déjà rompues depuis la veille à 1 heure du matin. L'expulsion eut d'ailleurs lieu spontanément à midi 45. La malade de Reynès (Obs. III) arrive au terme de sa grossesse ; le 6 avril rupture des membranes ; le 10 avril seulement, l'accouchement a lieu, accompagné de crises d'éclampsies. L'application du forceps fut nécessaire.

Si l'insertion vicieuse du placenta n'intervient pas sûrement dans la rupture prématurée des membranes, il faut lui attribuer une part importante dans la production des hémorragies, parfois très abondantes. Souvent aussi, il faut incriminer la rupture d'une cloison vaginale ou utérine, sur laquelle nous reviendrons. Disons seulement ici que

cette rupture n'entraîne pas fatalement des hémorragies abondantes, et que M. Bouffe de Saint-Blaise, a présenté à la Société d'Obstétrique un utérus double dans lequel, au cours d'un accouchement, la cloison intercervicale s'était rompue sans que l'attention de l'accoucheur eût été appelée sur ce fait par aucun symptôme grave.

Nous avons parlé de *rupture de la cloison*. Cette cloison, en effet, peut, en rétrécissant considérablement le diamètre de l'utérus, être un sérieux obstacle à l'accouchement. Plusieurs cas peuvent se présenter.

L'accouchement, d'abord, peut se faire normalement, la cloison se laissant parfaitement distendre.

D'autres fois, la tête du fœtus ne pouvant pénétrer dans l'excavation pelvienne à cause de l'étroitesse du segment inférieur de ce demi-utérus peut rester au-dessus de l'aire du détroit supérieur, ou bien le pôle fœtal peut se diriger obliquement et non verticalement, et appuyant sur la cloison médiane, la déprimer et l'obliger de faire saillie au niveau de l'autre orifice, faisant ainsi indirectement remonter l'orifice de l'utérus gravide (Tarnier).

Souvent la pression sur cette paroi en détermine la rupture sur une plus ou moins grande longueur. La déchirure porte tantôt sur la cloison utérine, tantôt et plus souvent sur une cloison vaginale. Celle-ci est rompue soit en totalité, soit dans sa partie supérieure seulement (Obs. IV), soit dans sa partie inférieure (Obs. III). Lorsque la cloison vaginale est bien résistante, la déchirure peut ne pas porter

sur elle. C'est ainsi que dans l'observation de Reynès (Obs. III), ce fut le périnée qui céda.

Ces ruptures sont d'un pronostic bénin, mais un accident plus grave peut se produire : une rupture utérine. S'il s'agit d'une corne utérine reliée à celle du côté opposé par un cordon plein ou un canal cervical tout-à-fait imparfait, la rupture se fait dès les premiers mois de la grossesse, comme dans une grossesse extra-utérine. En 1836, Benoît Vassal rapportait déjà un cas semblable. Il avait pu examiner « un corps de femme ayant deux matrices, dont l'une, la véritable, avait servi à la conception de 11 enfants. Le 12^e s'était développé dans la 2^e matrice, mais dans un lieu si étroit et si peu susceptible de dilatation, qu'après avoir causé à sa mère pendant 2 mois 1/2 des accidents très dangereux, il rompit sa prison au 3^e ou 4^e mois, et mourut ainsi que la mère, par l'effusion du sang dans la cavité de l'abdomen. »

Dionis du Séjour signale un fait du même genre « sur une jeune femme de 20 ans, au service de Madame la Dauphine. Cette malade éprouva tous les signes de la grossesse, sauf la suppression des règles, qui durèrent cinq mois. Le sixième, elle éprouva une douleur atroce, puis l'enfant ne remua plus. 12 jours après elle mourut avec un ballonnement considérable du ventre. Il y fut constaté que la matrice au-dessus de son col présentait deux corps séparés. La conception avait eu lieu à gauche. On constata une rupture. »

La rupture utérine est cependant un accident rare. Ce

qu'on constate habituellement, c'est, avec une présentation vicieuse, un travail lent, pénible, des contractions faibles et irrégulières, un obstacle à la descente, causé par une bride. En pareils cas, que convient-il de faire?

Nous laissons de côté les cas normaux, où l'accouchement n'a rien présenté de spécial.

Lorsque le fœtus se présentera en O I G A, mais avec une tendance à la déflexion de la tête, et à la transformation du sommet en face, il sera bon, comme l'a fait Reynès (Obs. III), de fixer le fœtus en bonne position, par une ceinture, dans les jours qui précéderont l'accouchement.

Au moment même de l'accouchement, les présentations transversales ou les présentations du siège seront traitées par les procédés habituels en pareil cas. Disons seulement que dans les premières, la version par manœuvres externes échouera souvent, et que la version par manœuvres internes pourra, elle aussi, être très difficile si les membranes se rompent prématurément.

Quelle que soit la présentation et même s'il s'agit d'un sommet, l'extraction au forceps est souvent nécessaire. Guisnew, dans une statistique de 15 cas, faite à Saint-Petersbourg, compte 6 interventions dont trois forceps, deux accouchements par le siège, une craniotomie.

Parfois, on a dû avoir recours à l'opération césarienne et le cas de M. Budin est classique. Il s'agissait d'un utérus biloculaire non reconnu pendant la grossesse. L'opérateur, ne soupçonnant pas l'existence de la cloison, fit l'incision tout près d'elle et faillit pénétrer dans l'utérus vide.

Lorsque l'utérus vide vient faire obstacle à l'accouchement en descendant dans le pelvis, il est souvent nécessaire de le refouler en haut. Müller (*Archiv. für Gynéc.* 1873) assista ainsi à deux reprises une multipare. Chaque fois une tumeur vint mettre obstacle à l'accouchement qui, très difficile, se termina par la mort de l'enfant.

L'existence de deux vagins révéla à Müller la nature de cette tumeur.

Il est parfois impossible d'exécuter cette manœuvre simple et, dans un cas de Borinski, où l'enfant se présentait par le siège, le deuxième utérus descendant avec la tête dernière ne pût être refoulé. La céphalotripsie fut nécessaire. La cause de la dystocie fut confirmée à l'autopsie.

Dans le cas de déchirure de la cloison utérine ou vaginale, tantôt l'hémorragie est peu abondante et s'arrête d'elle-même, tantôt et le plus souvent, il suffira de placer après l'accouchement une pince sur chaque lambeau.

Mais, lorsqu'on prévoit la possibilité d'une telle déchirure, il est préférable de prévenir la rupture en sectionnant la bride gênante. On évite ainsi une cause de lenteur du travail.

Parfois enfin, comme dans une observation que nous rapportons, et si le fœtus ne s'engage pas dans l'axe, ou bien si le col est tout à fait insuffisant et ne peut se dilater, il sera nécessaire de faire une incision au segment inférieur pour livrer passage au fœtus.

La rupture utérine ne nécessite aucun autre traitement que ceux usités habituellement en pareil cas.

L'UTÉRUS ET LE VAGIN PENDANT LA DÉLIVRANCE

Deux particularités sont à signaler :

La fréquence des hémorragies ;

L'expulsion d'une caduque venue de l'utérus vide.

Les hémorragies tiennent ici, comme au cours de la grossesse ou pendant l'accouchement, fréquemment à l'insertion vicieuse du placenta. Il arrive qu'elles se produisent seulement au moment de la délivrance, alors que la grossesse et l'accouchement n'avaient été troublés par aucune perte de sang sérieuse. Voici un exemple de ce fait : Blanche C... entre à la Clinique Baudelocque. Utérus bicorne. Présentation en OIDP. Grossesse normale, pas d'hémorragie avant l'expulsion. Mais beaucoup de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance.

L'expulsion d'une caduque venue de l'utérus vide n'est pas un fait constant, mais elle est fréquente. Pendant la grossesse, en effet, l'utérus vide se comporte à peu près, comme dans le cas où, l'utérus étant unique, une grossesse extra-utérine se développe : sa tunique musculaire s'hypertrophie, et surtout sa muqueuse. La description qu'a

donnée M. Budin de la muqueuse de l'utérus vide dans un cas de ce genre est typique. Elle a été souvent reproduite ainsi que la figure qui l'accompagnait : l'utérus vide, était « presque rempli de masses lobulées d'un gris rosé formant en certains points de véritables polypes et dues à l'hypertrophie de la muqueuse. Celle-ci était surtout épaisse au niveau du fond, elle devenait tout à fait mince au niveau de l'orifice cervical interne; elle était facile à détacher avec le dos d'un scalpel ».

C'est cette muqueuse qui est expulsée. A quel moment se produit l'expulsion?

Parfois, c'est en même temps que la masse placentaire de l'utérus gravide. Plus souvent, c'est un ou même plusieurs jours après. La malade de Ed. Pruvost, accouche à 2 heures du matin, le placenta est expulsé presque aussitôt. Il s'agissait d'une grossesse gauche dans un utérus double. Le soir, nouvelles coliques expultrices. A la main, on perçoit nettement les contractions se faisant dans le 2^e utérus. Le toucher montre le col gauche gros et presque fermé, le droit largement dilaté et occupé par un bouchon en voie d'expulsion. Des lambeaux furent expulsés pendant 4 ou 5 jours sans que le thermomètre marquât jamais plus de 37°. Dans 4 accouchements ultérieurs, une caduque fût ainsi expulsée de l'utérus vide dans des temps variant de 2 à 6 jours après l'accouchement. La malade de MM. Demelin et Perret expulse de même dans la nuit qui a suivi l'accouchement des débris de caduque provenant vraisemblablement de l'utérus gravide.

La délivrance dans le cas d'utérus et de vagin doubles ne présente guère d'indications spéciales; il faut pourtant être prévenu de l'expulsion de cette caduque. Au point de vue de la conduite à tenir, M. Pinard pense « qu'il ne faut jamais confier la délivrance à la nature ».

Pourtant, dans bien des cas, la délivrance artificielle n'a pas été pratiquée et les suites de couches ont pourtant été normales. Dans le cas de MM. Demelin et Perret (Obs. I), la délivrance a lieu quelques minutes après l'extraction, elle se fait naturellement et presque spontanément. Malgré qu'il ait fallu intervenir par une présentation de l'épaule, les suites de couches ont été normales. De même, dans l'observation de M. Bar (Obs. II). Dans un autre cas, signalé par M. Bonnaire (Obs. IV), la délivrance se fit naturellement, mais la cloison vaginale s'étant rompue, l'arrière-faix fut expulsé par cette brèche et sortit par le vagin droit, alors qu'il provenait de l'utérus gauche (Obs. IV). Il n'y eut pas d'autres complications.

La délivrance artificielle ne paraît donc nullement nécessaire dans le cas d'utérus et de vagin doubles. Mais il faudra surveiller soigneusement les suites de couches. Là encore, des accidents sont possibles. C'est ce qui nous reste à étudier.

L'UTÉRUS ET LE VAGIN DOUBLES DANS LES SUITES DE COUCHES

Des *causes d'infection nombreuses* se trouvent réunies, lorsque existe cette malformation, qui expliquent la fréquence relative des suites de couches pathologiques.

La cloison qui sépare les deux utérus peut n'être pas parfaitement lisse. Elle peut offrir des *diverticules*, tout indiqués par la rétention de débris placentaires. De plus, les parois sont souvent, du côté de la cloison du moins, *peu riches en fibres musculaires* et l'expulsion peut être gênée de ce fait. Ce sont ces considérations qui ont amené M. Pinard à préconiser la délivrance artificielle. Nous avons vu que souvent le placenta était expulsé naturellement et en totalité, et que la délivrance ne nécessitait fréquemment aucune manœuvre spéciale.

La présence de la *caduque dans l'utérus vide* constitue un nouveau danger d'infection, si l'on songe surtout qu'elle est expulsée par lambeaux, et qu'elle met parfois cinq ou six jours à se dilater complètement.

La nécessité où l'on est, comme dans tout accouchement compliqué, de *multiplier les explorations* plus que d'ordi-

naire, la fréquence des interventions dans les cas de dystocie, tout cela vient encore ajouter de nouveaux dangers à ceux que nous avons énumérés ci-dessus.

L'importance qu'a la malformation utérine dans la production de suites de couches pathologiques a été bien mise en lumière par deux observations rapportées par M. Schwaab à la Société obstétricale de Paris.

Dans les deux cas, l'accouchement avait été normal, comme la grossesse, et n'avait nécessité aucune intervention.

Au bout de six jours seulement, dans l'un des cas, apparaissent des lochies fétides qui persistent malgré des injections intra-utérines. L'exploration manuelle révèle l'existence d'une cloison utérine retenant de chaque côté des caillots absolument putrides.

Dans le 2^e cas, des pertes de sang abondantes rendent nécessaire la délivrance artificielle. Trois jours après, la température atteint 38°4, l'utérus devient douloureux. L'exploration montre qu'il s'agit d'un utérus double. C'est l'utérus vide qui est encombré de caillots et d'une caduque infectée.

Ces accidents, toujours à craindre dans le cas d'utérus et de vagin doubles, ne nécessitent aucune thérapeutique spéciale à la malformation. Le traitement préventif consistera en une asepsie aussi soignée que possible. Des injections intra-utérines répétées si une intervention a été nécessaire, l'exploration manuelle de la cavité utérine si le placenta

ne vient pas d'un seul bloc, mettront souvent à l'abri d'accidents septiques.

Si cependant, on voit des lochies fétides apparaître, la température monter, l'utérus devenir douloureux, et ces accidents résister aux lavages utérins, il faudra faire le curage digital de la cavité suivi d'une injection abondante. M. le professeur Budin a d'ailleurs bien précisé les cas dans lesquels il convient de faire cette intervention. C'est lorsque malgré les lavages intra-utérins, les lochies restent encore fétides ; au bout de trois jours l'utérus douloureux, la température plus ou moins élevée au-dessus de la normale. Même si la température reste à 37°, cette intervention est justifiée toutes les fois que quelque chose d'anormal se passe dans l'utérus.

OBSERVATION I

Un accouchement dans un cas d'utérus double.

PAR MM. DEMELIN ET PERRET.

La nommée V. A..., ménagère, secondipare, âgée de 23 ans, se présentait le jeudi 6 février à la consultation des femmes enceintes.

Le moniteur de garde ayant constaté chez cette malade une présentation de l'épaule, l'admit aussitôt.

En l'examinant, la sage-femme trouve par le toucher une tumeur obstruant partiellement le bassin, et occupant le cul-de-sac postérieur.

M. Demelin, voit, à son tour, la malade.

A l'examen, il trouve une bride vaginale épaisse, antéro-postérieure, que le doigt peut accrocher et amener hors de la vulve, c'est là le premier indice qui invite à chercher la duplicité utérine. Le col est béant, a un orifice externe qui est unique; en poussant le doigt le plus haut possible, on arrive au loin sur l'orifice interne et les membranes, et c'est tout ce que donne le toucher pratiqué avec l'index droit.

Touchant alors de l'autre main, et mettant l'index dans

le col, la pulpe du doigt perçoit à 2 centimètres environ au-dessous de l'orifice interne, un trou admettant à peine l'extrémité de l'index et paraissant ouvert à gauche de la femme et un peu en arrière. Dans le cul-de-sac postérieur existe une tumeur ronde, régulière, grosse comme une mandarine, aisément réductible au-dessus du détroit supérieur, comme un utérus en rétroversion qu'on remet en bonne place. C'est en effet, l'utérus vide, légèrement augmenté de volume par la grossesse de son congénère, et basculé en arrière par rétroflexion.

Il n'y a en ce moment qu'un seul orifice externe : le trajet cervical est en Y, et ce n'est que sous l'influence du travail que le col a pu paraître nettement divisé en deux. Avant l'accouchement, il fallait pénétrer assez haut, au-dessus de l'orifice externe, pour trouver l'ouverture conduisant dans l'utérus vide, rétrofléchi. Cet utérus vide est celui du côté gauche.

Il s'agit donc d'un utérus duplex, les deux corps étant séparés, mais s'abouchant à un seul col.

Le lendemain, 7 février, la femme V. commençait à sentir les premières douleurs le matin vers 9 heures.

On la transporte alors immédiatement à la salle de travail où elle est examinée par le chef de clinique, M. Perret.

Les antécédents héréditaires ne nous donnent aucun renseignement intéressant. Son père est mort d'un fluxion de poitrine à 44 ans. Sa mère âgée de 49 ans, jouit d'une bonne santé. Quatre sœurs et trois frères sont bien portants.

La parturiente nous apprend qu'elle est jumelle et que sa

sœur est morte 3 mois après sa naissance. Mais aucun renseignement sur les causes du décès.

Quant à la femme V., elle a été élevée au sein, a marché à 11 mois. Elle se souvient d'avoir eu la rougeole dans sa première enfance, mais cette maladie n'a pas eu de suite. Tous les hivers, elle est enrhumée, mais n'a jamais beaucoup toussé et n'a pas eu de fièvre.

Si nous nous reportons maintenant à ses antécédents génitaux, nous apprenons que ses premières règles se sont montrées à 14 ans, d'une façon irrégulière tout d'abord, mais à 15 ans, ses époques ont été régulièrement espacées; règles toujours abondantes, sans aucunes douleurs. A signaler en outre, quelques pertes blanches.

Ses antécédents obstétricaux comportent une première grossesse, qui a eu lieu il y a un an environ.

Cette grossesse n'a d'ailleurs présenté aucun accident sérieux durant toute sa période. A part des vomissements assez tenaces, ayant duré près de 5 semaines, elle a toujours joui d'une parfaite santé. Cette grossesse est arrivée à terme, mais après quatre jours d'un travail pénible et douloureux, elle a expulsé un fœtus mort, probablement pendant l'accouchement.

La grossesse actuelle arrive à peine à son huitième mois. La femme fait remonter le début de la grossesse aux premiers jours du mois de juin. Elle a vu cependant des règles paraître encore pendant 3 mois après le début de sa grossesse, ce qui s'explique facilement par la présence d'un second utérus vide accolé à l'utérus gravide. Elle n'a pas

souffert de vomissements aussi persistants et aussi pénibles que ceux de sa première grossesse. Elle ne présente pas d'œdème et ses urines sont normales.

Si l'on examine cette femme, on recueille les renseignements suivants :

Pas de stigmates accusés de rachitisme. Le corps paraît bien conformé. Ses membres inférieurs sont droits. L'écartement des deux épines iliaques antéro-supérieures donne 23 centimètres $1/2$. Pas de déviation de la vulve. A remarquer, cependant, une bride assez épaisse dirigée dans le sens antéro-postérieur et remontant à 1 centimètre $1/2$ environ dans le vagin.

Le ventre est volumineux, étalé transversalement.

Si l'on palpe, on peut sentir facilement, dans l'intervalle des contractions (assez espacées, du reste) une masse fœtale dure, régulière, ovoïde, occupant la fosse iliaque droite ; du côté opposé, l'autre pôle fœtal est plus élevé dans l'hypochondre gauche, mais la masse est irrégulière, moins dure et charnue. Entre ces deux pôles, on peut sentir des petits membres fœtaux.

La présentation est une épaule droite, en position iliaque droite, le dos en arrière.

Si l'on pratique le toucher, on reconnaît tout d'abord à la vulve, une bride épaisse, tendue dans le sens vertical. Plus profondément, on sent une poche des eaux très saillante que l'on peut même apercevoir en écartant les petites lèvres.

En outre, plus à gauche et en arrière, on constate la pré-

sence d'un second col dans la cavité duquel on peut faire pénétrer un doigt, mais sans entrer plus avant.

Enfin on s'aperçoit que le bassin est légèrement rétréci dans le sens antéro-postérieur, le promontoire sacré étant accessible.

La dilatation est complète à midi et demi. Une poche des eaux très volumineuse, remplit tout le vagin. Il s'agit d'intervenir rapidement, les contractions se faisant de plus en plus fréquentes.

M. Perret décide donc de pratiquer une version par manœuvres internes.

L'auscultation du cœur fœtal faite régulièrement toutes les cinq minutes donne de bons renseignements sur la vitalité du fœtus.

Après avoir procédé à une toilette vaginale minutieuse et une injection abondante ayant été faite, la femme est mise en travers du lit et immédiatement chloroformée.

La résolution musculaire étant à peu près complète M. Perret introduit sa main dans les organes génitaux, rompt tout d'abord l'enveloppe choriale, puis, profitant d'une contraction utérine, rompt à son tour la membrane amniotique. Les eaux s'échappent brusquement en assez grande quantité. Le second utérus, qui se trouve à gauche, est repoussé en haut et la main est introduite dans la cavité utérine. Les contractions utérines gênent pour la saisie des pieds. Enfin, le pied gauche est amené à la vulve et de fortes tractions sont faites sur le pied. Le second pied, le droit, apparaît à son tour, puis c'est le siège et le dos du fœtus;

enfin, vient la tête dernière qui est extraite difficilement par la manœuvre de Mauriceau, car les parties molles se laissent difficilement distendre.

L'enfant naît un peu étonné, mais pousse bientôt des cris sous l'influence de frictions énergiques.

La délivrance a lieu quelques minutes après. Elle se fait naturellement et presque spontanément.

L'utérus rétracté revient sur lui-même. C'est alors que l'on peut constater la présence de deux globes utérins séparés par un sillon assez profond. Le globe utérin d'où est sorti le fœtus est latéralement placé à droite de la ligne médiane, et sa masse n'affleure cette ligne que par son bord gauche. L'autre utérus est palpable à gauche et un peu en arrière. En pratiquant le toucher à nouveau, on constate d'une façon beaucoup moins précise qu'avant l'accouchement les deux cols également mous, tous les deux aussi perméables, à tel point que deux doigts introduits parallèlement peuvent pénétrer à fond dans chaque cavité utérine.

Après l'expulsion complète des caillots, on donne une injection iodée à 3 grammes par litre. Une injection est faite dans chaque utérus et, à travers la paroi abdominale, on sent aisément la sonde lorsqu'on irrigue l'utérus gauche.

Nous avons donc bien affaire à un utérus double, inégalement développé.

L'enfant, du sexe féminin pèse 2.440 grammes.

Sa longueur est de 46 centimètres.

Ses diamètres céphaliques sont :

$$O M = 12$$

$$O F = 10,5$$

$$S O B = 9,5$$

$$B P = 9,5$$

$$B T = 8,2$$

Le placenta pèse 490 grammes et le cordon est long de 35 centimètres.

Il n'y a aucune lésion placentaire.

Après injection utérine et vaginale, on fait un tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée.

Le travail a duré exactement 4 h. 1/2.

Dans la nuit qui a suivi l'accouchement, la femme a expulsé des débris de caduque provenant vraisemblablement de l'utérus non gravide. La température est normale.

L'enfant mis dans une couveuse va bien.

Quatre jours après l'accouchement, l'utérus du côté droit est déjà revenu sur lui-même; celui du côté gauche n'est presque plus perceptible, et, au toucher, on ne sent plus que l'orifice externe unique.

Suites de couches normales; la mère et l'enfant quittent la clinique Tarnier le 27 février en très bonne santé; l'enfant pesait 2,550 grammes.

(*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1902, p. 196.)

OBSERVATION II

Grossesse et accouchement dans un cas d'utérus didelphe.

PAR M. PAUL BAR.

(Résumée.)

Femme de 30 ans, de vigoureuse constitution, ne présentant aucune anomalie extérieure. Son squelette est bien conformé, les dimensions transversales du bassin ne sont pas agrandies.

Réglée à l'âge de 17 ans, elle l'a toujours été très régulièrement. Pas de règles doubles dans le même mois. Pas d'alternances entre des règles fortes et faibles. L'écoulement sanguin apparaissait à date fixe; il était sensiblement égal à toutes les règles; jamais celles-ci n'ont été douloureuses; il n'y a jamais eu d'expulsion de membranes au moment des règles.

Mariée depuis un an, elle a été réglée pour la dernière fois le 8 septembre. Elle est entrée en travail à terme, le 25 juin, après une grossesse normale.

Le travail de l'accouchement se poursuivait régulièrement et sa durée totale fut de 27 heures.

L'accouchement avait lieu en ville, mais la période d'expulsion se prolongeant un peu, la parturiente est envoyée à l'hôpital où le diagnostic du vagin double fut aussitôt fait.

A l'examen de la malade, M. Bar, ne remarque à la palpation aucune anomalie de l'utérus. Le corps utérin est médian; pas de tumeur latérale formée par le corps utérin vide.

Le vagin est séparé en deux par une cloison épaisse descendant jusqu'à la vulve. L'épaisseur augmente vers l'extrémité inférieure, qui porte le segment interne de deux hymens.

Le toucher vaginal droit arrive sur la tête fléchie en O I G A et appuyant sur le releveur.

Le vagin droit est spacieux. Le gauche également, mais le toucher, pratiqué dans celui-ci, ne permet pas d'atteindre le col utérin. On sent la tête fœtale, à travers la cloison.

Application de forceps.

Extraction facile d'un enfant de 3,300 grammes, paraissant bien constitué.

Délivrance normale.

Placenta normal, non bordé.

L'examen pratiqué après l'accouchement, montre la cloison vaginale déchirée dans son 1/3 inférieur, et siège d'une hémorragie que des pinces appliquées sur le lambeau suffisent à arrêter.

Au toucher, les deux vagins semblent s'écarter en haut. Du côté droit, col largement ouvert; à gauche, col très mou dans lequel le doigt peut pénétrer jusqu'à l'orifice interne.

Le palper combiné au toucher montre l'utérus vide à gauche et en arrière; mais on le délimite mal et on ne le sent pas comme une tumeur tout à fait isolée de l'utérus gravide. Cependant les deux cols sont bien séparés et mobiles l'un sur l'autre.

Suites de couches fébriles, mais sans complications sérieuses.

Dix jours après l'accouchement, la malade n'a pas encore rendu de caduque. L'utérus droit est encore gros, sur la ligne médiane. L'utérus gauche, fortement incliné vers la fosse iliaque gauche, simulerait un fibrome. Il s'isole mal du précédent.

(*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1902, p. 277.)

OBSERVATION III

**Utérus didelphe et vagin double. — Grossesse. —
Accouchement. — Suites de couches.**

PAR M. REYNÈS (de Montpellier.)

M^{me} X... primipare, 30 ans, réglée depuis l'âge de 13 ans. Les règles sont apparues depuis lors très régulièrement tous les 26 ou 27 jours, Elles sont abondantes, rouges,

liquides, et durent quatre jours. Jamais de coliques, jamais de caillots, pas de pertes blanches.

Mariée à 28 ans, elle est réglée pour la dernière fois du 24 au 28 juin 1901.

Grossesse normale, un peu d'œdème des membres inférieurs au septième mois, sans albumine.

Le 6 avril, à terme, rupture prématurée des membranes,
Le lundi 7 avril, la patiente est examinée.

A l'inspection, le ventre présente une voussure portant surtout à droite de la ligne brune. Les vergetures sont aussi plus nombreuses de ce côté.

Au palper, utérus de forme ovoïde, très allongé, presque entièrement logé du côté droit. A gauche, le palper ne révèle aucune tumeur.

Le fœtus est en O I G A, mais la tête est mal fléchie et la présentation semble avoir une tendance à devenir frontale.

A ce premier examen, et malgré le toucher vaginal, le diagnostic d'utérus double ne fut pas porté. Le toucher combiné au palper, révèle cependant, en arrière et à gauche, une tumeur de petit volume, et qui est prise pour un fibrome pédiculé.

Trois jours plus tard, le jeudi 10 avril, on vint me chercher précipitamment à 4 heures du soir. M^{me} X... avait eu deux crises d'éclampsie. Les douleurs avaient commencé à 2 heures du matin, la tête dans l'excavation était en O I G A ; la dilatation s'était régulièrement faite et était actuellement complète. Tels étaient les dires de la sage-femme.

Bruits du cœur fœtal bons.

Température maternelle 37°8. Pouls 108.

A l'examen pratiqué pour contrôler les dires de la sage-femme, je constate, étant placé à droite de la malade et, touchant de la main droite, une membrane oedématiée appliquée contre la grande lèvre droite et que je prends pour la petite lèvre correspondante, infiltrée du fait de l'albuminurie.

Au toucher, je constate la présence de la tête fléchie, mais j'en suis séparé par une cloison épaisse. J'arrive avec peine à sentir le col, petit, ramolli, fermé.

Ces renseignements, si contradictoires avec ceux de la sage-femme, qui, disait-elle, « aurait juré avoir touché les cheveux » s'expliquèrent à une nouvelle exploration.

Il s'agissait d'un utérus et d'un vagin doubles. La petite lèvre oedématiée, ou du moins la membrane que je prenais pour la petite lèvre, était la cloison bivaginale, appliquée alternativement à droite et à gauche, pour arriver dans l'un puis dans l'autre vagin.

Application du forceps. Prise régulière quant à la tête, oblique quant au bassin. Extraction assez facile d'un garçon de 2,830 grammes. Il paraissait avoir souffert. Les moyens appropriés ordinaires arrivent au bout d'un quart d'heure à le ranimer complètement.

Nouvelle crise d'éclampsie avant que la délivrance soit effectuée.

Légère hémorragie. Délivrance artificielle. Le placenta est inséré sur la face antérieure et le bord gauche de l'utérus; il vient facilement, entier, membranes complètes.

L'exploration de l'utérus gauche, à travers l'utérus gravide et aidée du palper bimanuel, le montre comme une tumeur remontant seulement à trois travers du doigt au-dessus de la symphyse, séparé de son voisin par un sillon très net. Son fond est basculé en arrière vers la symphyse sacro-iliaque gauche, en avant le col répond à la branche horizontale du pubis gauche.

L'indépendance des deux organes est complète. C'est un utérus didelphe.

La cloison bivaginale a été rompue sur une hauteur de cinq centimètres. Elle ne reste intacte qu'entre les deux cols, sur une hauteur de 3 ou 4 centimètres.

Légère déchirure du périnée. Suture remise au lendemain, en raison de l'infiltration des tissus.

Examen du délivre : poids 430 grammes.

Membranes complètes mesurant 4 1/3.

Cordon grêle 53+6, insertion para-centrale.

Placenta allongé, 19 sur 12.

Le lendemain 11, malade très calme : pouls 72, température 36°6. Connaissance parfaite. Urines abondantes. Injection vaginale au permanganate, alternativement dans l'un et l'autre utérus.

Au toucher, le col de l'utérus gravide est gros, ouvert, plus bas et plus en arrière que celui de l'utérus gauche qui est fermé.

A l'hystéromètre, la cavité de l'utérus gauche mesure 7 centimètres.

Près de 3 grammes d'albumine dans les urines.

Au cinquième jour, la température monte le soir à 38°1; une injection intra-utérine iodo-iodurée est pratiquée; puis tout va bien, la regression se fait normalement.

(*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1902.)

OBSERVATION IV

Utérus double. — Accouchement.

PAR M. BONNAIRE.

Primipare, examinée à l'hôpital Lariboisière.

Au premier examen, l'utérus inhabité était prolabé dans le petit bassin. Il donnait la sensation d'un corps fibreux ramolli par la grossesse et pédiculisé dans le petit bassin. Le diagnostic réel fut assuré par le toucher bimanuel alternatif, qui permit de reconnaître l'existence de deux vagins, de deux corps et de deux cols totalement indépendants.

L'accouchement se fit à 8 mois sans difficultés.

La cloison vaginale se déchira à sa partie supérieure seulement. Le fœtus inclus dans l'utérus gauche sortit par le vagin de ce côté. Mais, à la suite de la déchirure produite au cours de l'expulsion, l'arrière-faix fut expulsé à travers cette brèche et sortit par le vagin droit. Il n'y eut pas d'autres complications.

(*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1902.)

OBSERVATION V

**Deux cas de malformation utérine diagnostiquée à propos
de suites de couches pathologiques.**

PAR M. SCHWAAB.

I. Dans le premier cas. Cloison antéro-postérieure siégeant dans le fond de l'utérus.

Il s'agit d'une femme de 32 ans, ayant eu trois grossesses antérieures normales.

La grossesse actuelle a été bonne. L'enfant se présente en O I G A, le travail marche régulièrement jusqu'à la rupture des membranes.

A ce moment, ralentissement, puis arrêt des bruits du cœur fœtal.

Expulsion spontanée après un travail de 16 heures d'un enfant mort de 2,750 grammes. Il existait une circulaire très lâche autour du cou. Délivrance naturelle et complète en 20 minutes.

Pendant six jours, suites de couches normales. Puis lochies fétides, persistant malgré des injections intro-utérines. La fétidité va même en s'accroissant.

Le 3^e jour de ces accidents, exploration de la cavité utérine suivant les préceptes du professeur Budin, qui recom-

mande cette manœuvre toutes les fois que quelque chose d'anormal se passe dans l'utérus, même en l'absence de fièvre.

On constate une cloison antéro-postérieure de 3 à 4 centimètres sagittale, au fond de l'utérus ; les 2 compartiments contiennent des caillots absolument putrides. Extraction complète. Lavages copieux. Disparition des accidents. La malade sort guérie le 1^{er} octobre.

OBSERVATION VI

II. Utérus double avec col cloisonné et vagin unique.

Primipare de 26 ans. Domestique.

Réglée pour la première fois à 11 ans et demi.

Les règles ont toujours été régulières et abondantes.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 1^{er} janvier 1900.

La grossesse a toujours été normale.

Pas d'écoulement sanguin pendant la grossesse.

Elle entre à la clinique Tarnier le 12 octobre 1900 à 11 h.

Le travail a débuté à 7 heures du matin, et la rupture prématurée des membranes s'est faite le 12 octobre à 1 heure du matin. A son entrée, on trouve un sommet engagé en O I G A ; enfant vivant — dilatation de 6 centimètres. On ne constate rien de particulier du côté de l'utérus. L'expulsion du fœtus a lieu spontanément à midi 45.

Après l'accouchement, le placenta tarde à se décoller. A 2 heures, brusquement, la femme perd beaucoup de sang, et le moniteur de garde fait immédiatement la délivrance artificielle. Il ne constate rien de particulier ni dans le vagin, ni au niveau du col, ni dans l'utérus, si ce n'est un peu de rétraction de l'anneau de Bandl.

La délivrance faite, l'utérus se rétracte bien.

Le placenta pèse 450 grammes et n'offre rien de particulier.

L'enfant, né en bon état, pèse 3,200 grammes.

J'eus l'occasion, peu après l'accouchement, d'examiner la femme, et, par le palper abdominal constatai alors ce qui suit :

D'un côté, un utérus allongé, remontant un peu au-dessus de l'ombilic, déjeté fortement vers la droite. La largeur de cet utérus semble moins grande que normalement

Mais, dans le flanc gauche, on trouve une tumeur semblant s'insérer sur le bord gauche de l'utérus, au niveau de son segment inférieur, tumeur pédiculée. La tumeur est grosse comme une orange, et le pédicule a 3 ou 4 centimètres de large. Sa consistance est absolument semblable à celle de l'utérus voisin. Cette tumeur est assez mobile.

Mon diagnostic est alors hésitant entre une corne utérine rudimentaire et un fibrome pédiculé. La consistance de la tumeur me faisait plutôt penser à une corne utérine rudimentaire, quoique pendant l'accouchement et la délivrance artificielle, on n'eût rien constaté d'anormal du côté du vagin ou du col. Le lendemain, la tumeur ne put être re-

trouvée à un moment donné, ce qui semblait confirmer encore le diagnostic de malformation utérine.

Le 15 octobre, c'est-à-dire le 3^e jour des suites de couches, la température monta le soir à 38°4; l'utérus était douloureux. Je procède alors sur le champ, à l'examen de l'utérus.

Par le toucher, je trouve un col présentant deux orifices. La cloison divisant le col en deux descend tout près de l'orifice externe. Le col du côté droit donne accès dans l'utérus qui a été gravide. La cavité utérine de ce côté est vide; cette cavité est longue, mais peu large.

Le col du côté gauche, donne accès à un petit utérus, d'une hauteur de 8 à 10 centimètres environ. Les parois sont assez épaisses; dans la cavité de ce petit utérus, je trouve des caillots et de la caduque peu adhérente et infectée. Je fais le curage digital de cette cavité utérine, suivi d'une injection copieuse.

Donc, il s'est agi là, d'un utérus double, dont l'un a été gravide, et dont l'autre, non gravide, s'est hypertrophié. Il y a eu formation de caduque. C'est cette caduque qui s'est infectée.

Le col est unique et cloisonné; puis, un peu au delà, les deux utérus se séparent.

Le 16 octobre, c'est-à-dire le lendemain matin, la température descend à 37°. Puis, les suites de couches restent normales. On continue encore, pendant quelques jours, les injections dans les deux utérus.

La malade quitte la Clinique en excellent état.

(*Société d'Obstétrique*, 15 novembre 1900.)

OBSERVATION VII

Utérus didelphe, avec double vagin.

PAR M. BOISSARD.

Dans ce cas, rapporté par M. Boissard à la Société d'obstétrique de Paris, il s'agit d'une femme qu'il eut l'occasion d'observer dans son service de l'hôpital Tenon.

La femme ignorait ce vice de conformation et un des vagins présentait sa membrane hymen ; le vice de conformation fut reconnu par le toucher et le palper au moment du travail : l'utérus vide mesurait à l'hystéromètre $9\frac{1}{2}$, et lors du travail, son col, qui était un peu ramolli, s'entr'ouvrait au point de permettre l'introduction de la pulpe digitale dans la cavité cervicale ; enfin, pendant les suites de couches, qui furent absolument physiologiques, il y eut élimination par l'orifice de l'utérus non gravide de fragments de muqueuse utérine.

OBSERVATION VIII

**Utérus double. — Grossesse simple dans chaque utérus. —
Avortement pour l'un. — Accouchement prématuré
pour l'autre.**

PAR M. LÉON MAIRE (de Vichy).

Il s'agit d'une primipare de 35 ans qui vint me trouver à Vichy en août 1899 avec un retard d'un mois. Elle était mariée pour la seconde fois, ainsi que son mari. Ni l'un ni l'autre n'avaient eu d'enfant du premier mariage.

A l'examen, je trouvai une vulve normale, présentant cependant une dépression de 2 centimètres environ, dans laquelle avaient lieu les rapports sexuels. Le vagin était divisé en deux par une cloison très épaisse, le toucher se faisait péniblement avec le petit doigt.

A la palpation, je trouvai deux masses du volume du poing, mobiles, indépendantes, l'une très molle, l'autre pâteuse. Ceci, joint aux signes usuels, me fit poser le diagnostic de : utérus double, l'un fibromateux, l'autre gravide.

A Vichy même, je supprimai la cloison vaginale d'un coup de ciseaux après avoir placé un écraseur (ceci pour

éviter toute hémorragie qui aurait amené une fausse couche.

En octobre, la malade voit mon maître Demelin qui confirme mon diagnostic — mais, en décembre, surgit le fait nouveau.

La malade avorte d'un œuf contenu dans l'utérus que je pensais fibromateux. Je ne puis vous donner aucun détail sur cet avortement, M. Demelin s'étant occupé de la malade à ce moment.

Enfin, en mars 1900, j'accouchais à terme cette jeune femme, sous chloroforme à la reine; — l'enfant pesait 2,480 grammes, et fut extrait par une application de forceps dans l'excavation (suppression de contractions).

Je fis la délivrance artificielle pour me rendre compte des rapports des deux utérus : je pus ainsi constater que les cols étaient unis en canons de fusil et non pas cloisonnés ; les corps étaient complètement indépendants.

(Société d'obstétrique, Paris 1902, p. 2).

OBSERVATION IX

PAR LE D^r ED. PRUVOST.

M^{me} X..., 25 ans.

Premier accouchement à terme en décembre 1889, long,

pénible, ayant nécessité l'application du forceps. L'enfant vit, chétif. La mère a présenté une métrite consécutive de subinvolution.

Deuxième grossesse sans que les règles soient revenues, déjà au sixième mois, en octobre 1890. En même temps, leucorrhée parfois sanguinolente, qui n'a pas cessé depuis le premier accouchement. Le ventre est plus saillant à gauche, à l'inverse de ce qui avait eu lieu lors de la première grossesse. Sur le côté droit de la tumeur utérine, existe un épaississement de la paroi de l'organe, toutefois sans tumeur bien nette.

L'orifice de l'utérus vide est reporté un peu derrière celui qui est gravide. Du muco-pus assez abondant s'en écoule. Accouchement au début du huitième mois. La tête est engagée. L'orifice de l'utérus plein est tendu et entr'ouvert à la dimension d'une pièce de 1 franc. L'orifice du vide est impossible à percevoir. A chaque douleur, une petite tumeur ovoïde à grand axe oblique de bas en haut et de gauche à droite vient faire saillie au-dessus du détroit supérieur, se durcir et se tendre comme le reste.

L'accouchement se fait en deux heures, puis, le soir, nouvelles coliques expultrices. Les contractions se font manifestement dans le deuxième utérus. Le toucher montre nettement deux cols. Celui de gauche est gros, et, en partie, reformé. Celui de droite est largement dilaté, et présente un bouchon en voie d'expulsion. Des lambeaux sont expulsés pendant 4 ou 5 jours, sans jamais dépasser 37 centimètres. La cloison vaginale résiste.

Cinq semaines après l'accouchement, métrite des deux utérus, surtout du droit. Guérison.

Troisième grossesse à droite, en octobre 1891. Elle fut pénible, traversée de nombreuses menaces d'avortement. Accouchement rapide à 8 mois.

L'expulsion de la caduque de l'utérus gauche dure cinq à six jours. Les suites sont simples. L'enfant, chétif, meurt à 3 semaines, de broncho-pneumonie.

Quatrième grossesse à gauche. Arrive à terme en juin 1893. La caduque de l'utérus droit est expulsée en 48 heures, en totalité.

La cinquième grossesse, droite, arrive à terme en octobre 1894. La caduque gauche est expulsée 2 jours après l'accouchement.

(Revue méd. de l'Est, 1895).

OBSERVATION X

PAR M. BOUFFE DE SAINT-BLAISE

(résumée)

Présentation à la société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie d'une pièce recueillie en juillet dernier à l'hôpital Saint-Louis. C'est un utérus provenant d'une femme ayant fait depuis quatre jours un avortement incomplet

de deux mois et demi. On pratiqua aussitôt un curetage. La cloison vaginale n'arrivant pas à la vulve, c'est le hasard du toucher qui fit reconnaître deux cols, l'un fermé, l'autre béant et laissant échapper des débris placentaires. — Mort le 3^e jour.

Le vagin est unique sur une longueur de 3 centimètres.

Aucun orifice, en haut, n'interrompt la cloison.

Les deux utérus sont inégaux.

Le droit, gravide a 63 millimètres dans sa plus grande largeur, et 109 millimètres de long. Le col est refermé et intact.

Les culs-de-sac sont normaux.

L'utérus gauche a 52 millimètres dans sa plus grande largeur et 7 centimètres de long. Le col présente un sillon cicatriciel; comme produit par le passage antérieur d'un fœtus. Il siège à la partie moyenne et en dedans. Il est suivi d'un orifice faisant communiquer les deux cavités cervicales à quelques millimètres du bord externe du col. Cet orifice est probablement artificiel. Rectum, reins, uretères normaux. (*Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie*, 9 nov. 1900).

OBSERVATION XI.

Dystocie par malformation congénitale du vagin.

PAR M. GUILLEMET (de Nantes.)

Il s'agit d'une femme de 26 ans de très bonne santé habituelle. Les règles sont très irrégulières, irrégularités dans l'abondance de l'écoulement et surtout dans sa périodicité. M. Guillemet l'examine pour la première fois à 7 mois et demi.

Pour le palper, il trouve un utérus bilobé, un fœtus vivant dont le siège est dans la fosse iliaque gauche; aucune partie fœtale n'est engagée. Le bassin est bien conformé, la vulve et les parties génitales externes ont leur aspect normal, mais le doigt introduit dans le vagin arrive au fond d'un cul-de-sac dans lequel il est impossible de reconnaître quoi que ce soit qui ressemble à un col utérin. En l'absence d'un diagnostic précis, M. Guillemet décida d'attendre le travail, espérant toujours voir apparaître le col.

Il n'en fut rien. Sous l'influence des contractions utérines la paroi antérieure gauche du vagin bomba et fit saillie hors de la vulve; au droit de cette tumeur, le doigt s'insinuait dans le canal vaginal aplati. Aucun orifice n'apparaissait, les douleurs expulsives devenaient de plus en plus intenses.

Il fallait intervenir. Une incision longitudinale de 12 centimètres fut pratiquée sur toute la hauteur de la tumeur, entre le vestibule et la fourchette, sans qu'il s'écoulât une goutte de sang. Par cette incision, s'écoula d'abord 950 grammes de gelée sanguine chocolat, derrière laquelle le siège s'engagea. Par l'incision agrandie, la hanche antérieure du fœtus fut abaissée et un enfant de 2000 grammes, mort-né fut extrait. Délivrance normale.

Les examens pratiqués pendant les suites de couches, permirent de se rendre compte des détails de l'anomalie cause de dystocie. A la vulve, fait suite directement un vagin à parois latérales au lieu d'antérieure et postérieure, comme normalement : le vagin se termine par un cul-de-sac fermé. Juxtaposé à ce premier vagin et à sa gauche, il en existe un second clos par en bas dont on ne retrouve pas l'orifice de communication avec le premier ; c'est dans ce vagin que s'ouvrait le col utérin et que s'accumulait le sang des règles. C'est sur le septum intervaginal qu'a porté l'incision au moment de l'accouchement. Cet orifice d'incision a persisté depuis l'accouchement, probablement dilaté par le coït. Il y a donc lieu de penser qu'il se laissera dilater, lors du prochain accouchement (la femme est actuellement enceinte de 4 mois).

Quant à l'utérus, il est, pense M. Guillemet, malformé sans que pour cela, il y ait à proprement parler utérus double.

(Mai 1899. *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie.*)

OBSERVATION XII

Grossesse double dans un utérus double,

PAR M. TREUB (d'Amsterdam).

(Résumée.)

M^{me} E... VIII pare, 34 ans, se croit enceinte de 4 mois 1/2, essaie de se faire avorter avec des injections d'eau de savon. Huit jours après, quelques vagues douleurs et perte d'un peu de sang.

A l'examen, à droite et à gauche de la ligne médiane, 2 tumeurs molles reliées vers le bas par une large bande de tissu, la gauche remontant de 4 travers de doigt plus haut que la droite. Sensation de ballotement perçue dans chacune de ces masses.

Deux vagins contenant chacun un col; le col droit est celui d'une nullipare et perméable pour un doigt; le col gauche est fermé et déchiré.

Début du travail le 13 mars à minuit. La poche des eaux est déjà rompue. L'utérus gauche va jusqu'au rebord costal; le droit en reste à deux travers de doigt.

Double présentation du sommet, le fœtus droit très en-

gagé ; le gauche, encore au détroit supérieur col droit dilaté à 3 ou 4 centimètres, col gauche inaccessible.

Contractions irrégulières, se faisant tantôt dans un, tantôt dans les deux utérus. Les contractions de l'utérus droit, se traduisent par des douleurs de reins, celles de l'utérus gauche par des douleurs au bas-ventre.

Travail lent.

Le 17, les traits du cœur fœtal se modifiant, forceps, extraction d'un enfant de 2030 grammes. Délivrance par la méthode de Crédé.

L'utérus gauche présente une dilatation de 2 à 3 centimètres ; la poche des eaux est intacte. Les douleurs vont en disparaissant et le second accouchement se fait encore attendre.

(*Soc. obstétricale de France*, IX^e session, séance du jeudi 3 avril 1902.)

CONCLUSIONS

Si, maintenant, nous essayons de tirer quelques conclusions de ce travail, nous ne pourrons qu'insister à nouveau sur des remarques déjà faites avant nous :

1° C'est d'abord la difficulté du diagnostic de la malformation. Presque toujours ignoré tant que la femme n'a pas eu de grossesse, l'utérus double passe souvent inaperçu au cours même de la grossesse et pendant l'accouchement, si aucun accident ne nécessite une intervention,

2° Le meilleur élément de diagnostic, lorsque la présence d'un vagin double ne vient pas attirer l'attention et, en l'absence d'un dédoublement du col perçu au toucher vaginal, consiste en la déviation de l'utérus gravide de la ligne médiane. Même lorsque ce signe existera et qu'on remarquera au côté opposé la présence d'une petite tumeur attendant ou non à l'utérus gravide, on songera bien plutôt à un fibrome qu'à un utérus double. On peut donc dire qu'en l'absence de signes fournis par le toucher vaginal, le diagnostic positif est presque impossible.

3° La grossesse bien que souvent normale est souvent interrompue par des accidents graves. C'est surtout l'avortement et l'accouchement prématuré qui sont à craindre.

4° Au moment du travail, on constatera fréquemment une présentation vicieuse. La lenteur du travail, l'obstacle apporté à l'engagement par la présence de l'utérus non gravide, l'irrégularité des douleurs obligent fréquemment le médecin à intervenir.

5° La nécessité où le médecin est souvent réduit d'intervenir, la présence d'une cloison parfois irrégulière, l'existence enfin d'une double cavité dont l'une souvent rudimentaire favorise la rétention, tout cela nous explique comment les suites de couches elles-mêmes sont souvent traversées par des phénomènes pathologiques.

Vu par le président de thèse :

BUDIN.

Vu par le Doyen :

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

POIRIER. — Traité d'anatomie humaine, tome V.

POZZI. — Anatomie et physiologie génitales et obstétricales.

TESTUT et BLANC. — Anatomie de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement.

PINARD et VARNIER. — Etude d'anatomie obstétricale normale et pathologique.

F. VON WINCKEL. — Über die Eintheilung artstchungend Beneinung der Bildungshennmungen der weiblichen sexualorgane. (Sammlung Klinische vorträge, septembre 1899).

Frommel's Jahresbericht. Passim.

Bulletins de la Société d'obstétrique de Paris.

Bulletins de la Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie.

BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale.

TARNIER et BUDIN. — Traité des accouchements, tome III.

BAR. — Leçons de pathologie obstétricale.

MAYGRIER. — Leçons de clinique obstétricale.

DELPIANO. — Thèse de Paris, 1898-1899. Contribution à l'étude de différentes malformations utérines.

G. GROSS. — Hématométrie et hémato-colpos dans le cas de duplicité du canal génital. Thèse Paris, 1899.

LEMAITRE (Paul). — De la délivrance et des suites de couches dans les malformations utérines. Thèse Paris, 1900-1901.

E. MANOLESCU. — Malformations utéro-vaginales congénitales. Influence sur la vie génésique de la femme. Thèse Paris, 1897-1898.

GAUTRELET. — Malformation de l'utérus et accouchements. Thèse Paris, 1895-1896.

PRUVOST. — Utérus double et accouchement. Thèse Paris, 1895-1896.

PICOT. — Thèse Paris, 1891.
